

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926 — N° 45

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE
DES
FRACTURES DU BASSIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 21 Décembre 1925

PAR

Pierre-Louis-Marc JOSSE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PONTIVY (Morbihan), le 19 Octobre 1901

Examineurs de la Thèse

} MM. LANDE, professeur.
RECHOU, professeur.
PERRENS, agrégé.
PORTMANN, agrégé.

Président

} *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES

8, Rue de Cursol, 8

1925



UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926 — N° 45

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE
DES
FRACTURES DU BASSIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 21 Décembre 1925

PAR

Pierre-Louis-Marc JOSSE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PONTIVY (Morbihan), le 19 Octobre 1901

Examineurs de la Thèse

} MM. LANDE, professeur.
RECHOU, professeur.
PERRENS, agrégé.
PORTMANN, agrégé.

Président.

} *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES
8, Rue de Cursol, 8

1925

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, MOURE.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale VERGER.	Clinique ophtalmologique.... LAGRANGE.
id. CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ROCHER.
Clinique chirurgicale CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
id. BEGOUIN.	Clinique médicale des maladies des enfants MOUSSOUS.
Pathologie et thérapeutique générales CRUCHET.	Chimie biologique et médicale DENIGES
Clinique d'accouchements .. RIVIERE.	Physique pharmaceutique ... SIGALAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique SABRAZES.	Médecine coloniale et clin.des maladies exotiques LE DANTEC.
Anatomie PICQUE.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques W.DUBREUILH.
Anatomie générale et histologie G. DUBREUIL.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY.
Physiologie PACHON.	Clinique des maladies nerveuses et mentales ABADIE.
Hygiène AUCHE.	Clinique d'oto-rhino-laryngol. N.
Médecine légale et déontolog. LANDE.	Toxicologie et hygiène appliquée BARTHE.
Electroradiologie et cliniq. d'électricité médicale RECHOU.	Hydrologie thérapeutique et climatologie SELLIER
Chimie CHELLE.	
Botanique et matière médicale BEILLE.	
Pharmacie DUPOUY.	
Zoologie et parasitologie MANDOUL.	
Médecine expérimentale FERRE.	

MM. PRINCETEAU (Anatomie — LABAT (Pharmacie)
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénérologie).

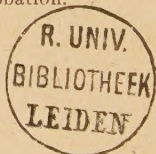
AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie et embryologie.... VILLEMIN.	Médecine générale MICHELEAU.
Histologie LACOSTE.	id. BONNIN.
Physiologie DELAUNAY.	Maladies mentales PERRENS.
Anatomie pathologique..... MURATET.	Chirurgie générale PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles R. SIGALAS	id. JEANNENEY
id. N...	id. N.
Physique biologique et médic. N.	Obstétrique PERY.
Chimie biolog. et médicale... N.	id. FAUGERE.
Médecine générale MAURIAC.	Ophtalmologie TEULIERES.
id. LEURET.	Oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
id. DUPERIE.	Pharmacie GOLSE.
id. CREYX.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire CAVALIE	Démonstrations et préparations pharmaceutiques LABAT.
Médecine opératoire PAPIN.	Chimie pharmaceutique..... GOLSE
Accouchements PÉRY.	Chimie minérale. GOLSE.
Ophtalmologie CABANNES.	
Fuériculture ANDERODIAS.	
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	
Pathologie externe (4 ^e année) et petite chirurgie.....	MM. N. CHARRIER
Pathologie externe (3 ^e année) et petite chirurgie.....	LOUBAT.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

humble témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE GABRIEL

A TOUS MES PARENTS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ

DE LA MARINE ET DES COLONIES

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE LANDE
PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE ET DE DÉONTOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Réservé d'abord aux ouvriers de l'industrie, puis aux employés de commerce, le bénéfice de la loi sur les accidents du travail a été étendu aux ouvriers agricoles et aux gens de maison. La médecine légale des accidents du travail a pris de ce fait une importance d'autant plus grande que ce ne sont pas seulement les médecins experts qui ont à la connaître, mais aussi les médecins traitants, conseillers naturels de leurs clients, et les médecins des patrons, des Compagnies d'assurances, chargés de renseigner leurs mandants sur les conséquences probables ou possibles d'un accident.

D'autre part, les accidents de droit commun, tels que les accidents de la rue, deviennent, en raison surtout de l'intensité de la circulation automobile, d'une fréquence qui n'est pas sans inquiéter les pouvoirs publics.

La médecine légale des accidents se propose, en cas de mort immédiate, d'établir que le décès est bien le résultat du traumatisme subi, et, en cas de survie, de démontrer la relation de cause à effet entre l'accident et les lésions qui déterminent l'interruption du travail, puis de fixer la durée de l'incapacité absolue du travail et d'apprécier enfin, éventuellement, le taux de l'incapacité permanente dont le sujet reste atteint. Tout cela suppose, bien entendu, un diagnostic exact des lésions anatomiques. Or, dans certains grands traumatismes tels que : tamponnement, éboulement, etc..., producteurs de désordres multiples, certaines lésions, par l'importance de leurs signes extérieurs

ou par l'intensité des phénomènes douloureux qu'elles provoquent, peuvent retenir l'attention aux dépens de quelque autre dont la gravité apparaît presque nulle si un examen approfondi ne porte pas spécialement sur elle. D'autres fois, après de grands traumatismes, l'absence de signes extérieurs, comme il est de règle dans certains types de contusion, permettra de douter de lésions profondes. Il en est ainsi parfois dans les cas de traumatisme intéressant la région du bassin. C'est incidemment, à l'occasion d'une expertise motivée surtout par les séquelles d'une lésion datant du même accident, mais intéressant quelque autre partie du corps, qu'une fracture du bassin est découverte. Ces fractures, d'autre part, par leur diversité de siège, par leur gravité immédiate dans certains cas, par l'importance d'autres fois des troubles fonctionnels qu'elles déterminent, même lorsque, au début elles ont été méconnues ou seulement soupçonnées, méritent de retenir l'attention du médecin légiste. Ce sont là les raisons qui nous ont décidé à les étudier.

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales sur les Fractures du Bassin.

Des travaux ont déjà été faits sur les fractures du bassin considérées au point de vue médico-légal. Nous nous sommes surtout inspiré dans cette thèse de ceux de Brouardel, Ollive et Le Meigen, Forgue et Jeanbreau, Remy, Imbert, Oddo et Chavernac, etc... Avant de commencer l'étude de ces fractures au point de vue médico-légal, il nous semble utile de donner un aperçu d'ensemble sur la façon dont il faut envisager et classer les fractures du bassin. Nous ne nous occuperons, dans cette thèse, que des lésions résultant de contusions, c'est-à-dire de traumatismes généralement fermés que l'on observe surtout comme conséquences d'accidents du travail, mais aussi parfois comme conséquences d'accidents de droit commun (accidents d'auto, par exemple). Dans le premier cas, les blessés seront habituellement des hommes ou des jeunes gens atteints au cours de leur occupations professionnelles. Ces considérations relatives au sexe et à l'âge ne jouent pas, on le conçoit, en matière d'accidents de droit commun. Les victimes sont ici, maintes fois, des femmes ou des enfants.

On peut, avec la plupart des auteurs (Proust, Forgue, Imbert...), diviser les fractures du bassin en deux grandes classes :

a) Les fractures isolées sans interruption de l'anneau osseux;

b) Les fractures multiples de la ceinture pelvienne, qui ouvrent la continuité de l'anneau et menacent le contenu.

a) Les fractures isolées peuvent se subdiviser par ordre de fréquence en :

1° *Fractures de l'ilion* qui comprennent les fractures de la crête et des épines et la fracture en travers de Duverney (1751);

2° *Fractures de l'ischion*, produites en général par chute sur les tubérosités ischiatiques. Elles comprennent le détachement de la tubérosité ischiatique ou de l'ischion tout entier;

3° *Fractures de la cavité cotyloïde*, résultant de choc violent sur le grand trochanter. Elles comprennent les fractures du cotyle avec ou sans enfoncement de la tête du fémur, les fractures du sourcil cotyloïdien et la fracture de Walther (fissure oblique en bas et en avant, coupant la partie basse du cotyle et se prolongeant sur la branche ischiopubienne). Pour ces fractures, Cottalorda, dans sa thèse (Montpellier 1922) a trouvé une mortalité de 28 % et 40 % d'ankyloses;

4° *Fractures du pubis*, produites par un choc violent directement sur la partie antérieure du bassin. Elles peuvent occuper tous les points de la branche horizontale ou descendante du pubis, et s'accompagnent fréquemment de fractures de l'ilion ou de l'ischion;

5° *Fractures du sacrum*, qui existent rarement isolées et qui, dans ce cas, résultent de coups portés directement sur le sacrum. Le trait de fracture est alors généralement transversal et siège au-dessous de la symphase sacroiliaque;

6° *Fractures du coccyx*, qui sont encore plus rares que les précédentes. Elles peuvent laisser, même longtemps après l'accident, des douleurs vives (coccydinie) exagérées par la marche, la défécation et qui peuvent nécessiter la résection de la partie inférieure du coccyx.

b) Les fractures rompant la ceinture pelvienne résultent

ordinairement de traumatismes violents de cause directe : éboulements, tamponnements, passage de roues de camion ou de tramways, chute d'arbres — ou de cause indirecte : chute sur les ischions d'un lieu élevé. Le type de ces fractures est la fracture double verticale de Malgaigne. Le point faible du bassin est le cadre osseux du trou obturateur (branche horizontale et descendante du pubis). Sous une action vulnérante violente, le pubis commence par se briser au niveau des cadres supérieur et inférieur du trou obturateur. En arrière, le ligament sacroiliaque se tend : s'il résiste, l'aile postérieure de l'os iliaque se brise ou le sacrum au niveau des trous sacrés. S'il se rompt, on a une disjonction sacro-iliaque qui, plus tard, peut donner des douleurs considérables dues au relâchement de l'articulation (Nutter).

Ces fractures, étant donné précisément la nature du traumatisme qui les a déterminées, sont souvent accompagnées d'autres lésions qui, ou bien sont une conséquence directe de la fracture du bassin : rupture de l'urèthre, déchirement de la vessie, du rectum (Nelaton a observé un cas dans lequel un fragment osseux était venu déchirer le vagin et avait pu être extrait par ce conduit) et peuvent être elles-mêmes le point de départ de complications : phlegmon urinaire, phlébite, péritonite, pyohémie — ou bien siègent sur des régions diverses du corps qui ont eu à subir l'atteinte de l'agent vulnérant : fractures des membres, du rachis, des côtes, rupture du cœur, etc... Nous avons eu l'occasion, dans le service du professeur Bégouin, de prendre l'observation d'un homme qui était atteint de fracture du bassin avec rupture de l'urèthre et désinsertion de l'anus et de fracture des deux jambes.

Au sujet de ces fractures multiples du bassin, il est intéressant de signaler la communication du docteur Loubat à la Société anatomo-clinique de Bordeaux, le 23 novembre 1925 :

« Les fractures complètes du bassin ou fractures de la

ceinture pelvienne comportent un pronostic immédiat très grave, évalué par les classiques à 70 % de mortalité, la gravité de ces fractures étant conditionnée par l'existence à peu près constante des lésions des viscères pelvi-abdominaux. La guérison qui survient dans 25 à 30 % des cas est rarement complète. Elle est assombrie par des séquelles telles que : gêne des mouvements, raideurs articulaires ou ankylose de la hanche, atrophie des muscles, claudication par raccourcissement du membre, fistules urinaires, rétrécissements traumatiques de l'urèthre, etc. On ne saurait trop insister, à notre avis, sur l'importance et la gravité de ces séquelles dont l'intérêt médico-légal est indéniable. Les deux malades (observations 10 et 11) conservent de leur accident une infirmité permanente : rétrécissement traumatique de l'urèthre chez l'un, raccourcissement marqué d'un membre inférieur et ankylose des deux hanches chez l'autre. Ce résultat n'a d'ailleurs été obtenu qu'après des opérations multiples, des soins attentifs et prolongés, et nous pensons que les délais de consolidation chirurgicale de telles fractures, que les classiques estiment à deux ou trois mois, sont en réalité beaucoup plus longs, qu'on doit les évaluer à cinq ou six mois, et que, partant, la consolidation juridique demandera de dix mois à un an avant d'être effectuée. »

On voit par là la gravité de ces fractures multiples du bassin, dont nous allons maintenant rappeler en quelques lignes les principaux symptômes :

Etat de shock intense dans la plupart des cas. Ecchymoses plus ou moins considérables : fessières, périnéales ou scrotales.

Quatre points douloureux à rechercher : 1. en avant, au niveau de la symphyse ou du corps du pubis ; 2. au niveau de la branche ischiopubienne ; 3. en arrière, dans la région sacroiliaque ; 4. au niveau du grand trochanter dans le cas de fracture de la cavité cotyloïde.

Signe de Gosselin : douleur aux trois premiers points quand on écarte les cuisses.

Signe de Verneuil: douleur de ces mêmes points quand on appuie sur les deux crêtes iliaques comme pour les rapprocher.

On a souvent de la rétention d'urine sans que l'urèthre soit lésé, mais par paralysie vésicale réflexe.

S'il y a hématurie, c'est qu'il y a déchirure vésicale. On ne doit jamais négliger le toucher vaginal et le toucher rectal qui peuvent faire sentir des fragments osseux.



CHAPITRE II

Considérations Médico-Légales.

Au point de vue médico-légal, le médecin peut intervenir dans le cas de fracture du bassin, — soit de façon précoce pour pratiquer l'autopsie s'il y a eu mort immédiate ou rapide, ou pour examiner le blessé et délivrer un certificat indiquant les conséquences probables de l'accident, ou enfin s'il est envoyé par un patron ou une Compagnie d'assurances pour les renseigner sur la gravité des lésions, — soit de façon tardive lorsqu'il s'agit de préciser ces conséquences, c'est-à-dire le plus souvent d'indiquer le taux de l'incapacité en fixant en même temps la date de consolidation. Assez souvent on interviendra plus tard encore, c'est-à-dire dans le cours des délais de révision en matière d'accidents du travail pour rechercher s'il n'y a pas eu une amélioration et plus rarement une aggravation susceptible de modifier le taux primitif de l'invalidité.

Intervention précoce du médecin légiste. Autopsie. — A l'examen extérieur du cadavre, il arrive que l'on ne constate aucun indice d'un traumatisme grave ayant intéressé la région du bassin; les choses se passent en effet au niveau de cette région comme au niveau de toute autre : on sait,

en effet, que dans les chutes d'un lieu élevé, dans les accidents résultant d'un éboulement, d'un tamponnement, etc., c'est-à-dire dans les cas où l'agent contondant exerce son action sur une large surface du corps, il peut exister des ruptures d'organes internes, des fracas osseux, tandis que sur le revêtement cutané, on ne relève aucune trace de contusion ou on ne remarque qu'une petite ecchymose ou érosion cutanée incapable de faire préjuger des lésions sous-jacentes. Souvent alors, on a la surprise, dans des cas de ce genre, de trouver des fractures du bassin pouvant être accompagnées elles-mêmes des désordres que nous avons mentionnés ci-dessus. — A l'ouverture du cadavre, on peut se trouver quelquefois en présence d'une hémorragie considérable ayant entraîné la mort. — En cas de survie, le diagnostic clinique de fracture du bassin est souvent difficile et cela pour des raisons diverses. Parfois, en effet, il ne s'agit que de fractures parcellaires; en cas de lésion osseuse plus grave, il n'y a pas toujours de signe certain de fracture aisément reconnaissable. Comme dans l'une des observations que nous relatons plus loin, des signes de contusion violente des parties molles sont susceptibles de gêner l'exploration clinique et de faire penser que les phénomènes douloureux, l'impotence fonctionnelle, sont dus uniquement à cette contusion. D'autres fois encore, le blessé n'accuse qu'une légère douleur au niveau du bassin tandis qu'il porte sur une autre région quelconque du corps une lésion manifeste qui retient l'attention du chirurgien, et c'est ainsi qu'une fracture de l'os coxal peut être, pendant un certain temps du moins, méconnue.

Toutes les fois qu'un doute quelconque subsiste sur la nature de la lésion, il est nécessaire de faire une radiographie du malade. Nous voudrions dans cette thèse faire ressortir l'importance que prend parfois cet examen radiographique en relatant deux observations (obs. 5 et 6) où la fracture du bassin passa pendant longtemps inaperçue. Dans l'un de ces cas, il s'agit d'un jeune homme qui fit une chute

de huit mètres, en août 1924; le diagnostic de fracture de l'extrémité inférieure du radius fut porté. Le blessé ne resta que six jours alité, bien qu'il souffrît de la hanche et éprouvât de la gêne pour marcher. Ce n'est qu'au mois d'octobre, c'est-à-dire deux mois après l'accident, que la lésion du poignet ayant nécessité un examen médico-légal, on s'aperçut que le blessé boitait toujours. Une radiographie fut faite. Elle montra l'existence d'une fracture de l'os coxal et de la branche ischiopubienne. Dans l'autre cas, un vaste hématome de la région lombaire, périnéale, s'étendant jusque dans la partie supérieure de la cuisse, empêcha de faire le diagnostic exact de la lésion. C'est seulement neuf mois après l'accident qu'un examen radiographique montra qu'il y avait eu une fracture de la branche ischiopubienne.

Cet examen radiographique sera donc utile au diagnostic, mais plus tard le médecin pourra encore y avoir recours pour voir si la consolidation osseuse s'est bien effectuée, si le cal est exubérant ou non, son hypertrophie pouvant expliquer de très vives névralgies du nerf obturateur par exemple, de la compression de l'urèthre, de la vessie ou du rectum. Il faut signaler que le cal est transparent aux rayons X jusqu'au moment où il est infiltré de sels calcaires, ce qui ne commence guère normalement que du quinzième au vingtième jour, et que certains cals sont transparents aux rayons X alors même qu'ils sont solides. (Forgue.)

Intervention tardive du médecin légiste. — Elle a lieu surtout au moment de la consolidation juridique.

Consolidation. La consolidation juridique, d'après Reclus, résulte essentiellement de la suppression du traitement, désormais inefficace, et de la reprise possible d'un travail productif.

Il ne faut pas oublier que la non consolidation entraîne pour l'ouvrier l'interdiction absolue du travail, que l'accidenté est réduit pendant ce temps à son demi-salaire, d'où une perte pour lui et la collectivité. Combien de temps de-

mande cette consolidation pour s'effectuer ? Autrement dit, à combien de temps évaluer la période d'incapacité temporaire ? Cela dépend de la variété de fracture, fracture isolée ou complexe. La plupart des auteurs admettent pour la consolidation juridique une période de quatre mois dans le cas de fracture isolée, de six mois dans le cas de fracture interrompant la continuité de l'anneau pelvien. MM. Imbert, Oddo et Chavernac admettent une période de six à huit mois pour ces dernières, lorsqu'il n'y a pas de complication. Si nous admettons ce chiffre de quatre mois pour les fractures isolées, pour les fractures complètes, nous estimons avec M. le professeur Lande et M. Loubat que la consolidation juridique demande en général de dix mois à un an avant d'être effectuée. Il est évident qu'elle peut encore être retardée par les complications qui sont la règle dans les grands traumatismes du bassin.

Examen médico-légal du blessé au moment de la consolidation. --- Il faut d'abord noter l'allure générale du sujet lorsqu'il se présente, voir si la marche est pénible, si le blessé traîne la jambe, s'il boite, l'examiner attentivement pendant qu'il se déshabille. Rechercher ensuite l'étendue des mouvements actifs, voir si le blessé peut prendre facilement les diverses positions qu'il est susceptible d'avoir au cours de son travail, s'il peut se baisser et prendre la position accroupie; examiner l'état des articulations (raideurs et ankylose), l'étendue des mouvements passifs. Cet examen doit se faire en position couchée, sauf pour l'extension de la cuisse en arrière. D'après Ollive et Le Meignen, l'angle de flexion de la cuisse sur le bassin atteint normalement 135°, mais l'angle utile n'est que de 90°. L'angle d'extension, 20 à 30°; l'angle d'abduction, la cuisse étant en flexion, mouvement bien moins important, 45°. Quant à l'adduction, c'est un mouvement de luxe.

Puis, on recherche l'état du cal, qui peut être hypertrophié, difforme ou douloureux. Nous avons déjà signalé

que l'hypertrophie peut donner des névralgies très douloureuses, de la compression de l'urèthre, de la vessie ou du rectum. Chez la femme, cette exubérance du cal ou une consolidation défectueuse peut rétrécir la cavité pelvienne et devenir un obstacle à des accouchements ultérieurs (voir obs. 10). C'est, si la malade devient enceinte, une césarienne avec tous ses aléas, et dans ce cas, si la malade succombe, il est évident que sa mort est une conséquence éloignée mais certaine de l'accident. Cela est intéressant surtout au point de vue du droit commun. La radiographie rendra encore ici de grands services pour établir le diagnostic certain de bassin rétréci.

Il faut aussi voir l'état des muscles. Il reste souvent après les fractures du bassin un certain degré d'atrophie, surtout des fesses et des cuisses. Mais en général il n'est pas si considérable qu'il y ait lieu d'en tenir compte dans l'évaluation de l'incapacité.

La pseudarthrose, ou non consolidation de la fracture, est assez rare. Elle survient surtout chez les syphilitiques, les tabétiques, les alcooliques. Elle peut exister dans un cas de décalcification spéciale des os : l'ostéomalacie. Il faut aussi se rappeler que dans la tuberculose on peut avoir énorme décalcification pouvant retarder beaucoup la consolidation.

L'ankylose peut être complète ou incomplète, et être constituée sous un angle favorable, qui va de la verticale à 45° , ce qui ne rend pas la marche trop pénible, ou un angle défavorable au delà de 45° , et alors la marche est très difficile.

Il faut encore rechercher la douleur, très difficile à apprécier, et variable avec chaque individu.

Le médecin doit enfin chercher le degré de raccourcissement. Les grands raccourcissements, supérieurs à quatre ou cinq centimètres n'existent guère dans les fractures du bassin, sauf s'il y a enfoncement de la cavité cotyloïde et pénétration de la tête du fémur à l'intérieur de la cavité

abdominale. Les raccourcissements varient ordinairement de un à quatre centimètres et, lorsqu'ils n'atteignent que deux centimètres, une légère inclinaison du bassin les corrige généralement.

Dissimulation. Simulation et exagération. — Dans l'examen médico-légal d'un accidenté, le médecin doit être très circonspect et toujours se méfier d'une supercherie possible. C'est d'abord la dissimulation qui est, pour l'ouvrier, d'après Remy, l'art de ne pas laisser paraître une infirmité, soit au moment où il est enchaîné, soit lorsque son état est l'objet d'une expertise. C'est, ensuite, la simulation proprement dite, qui consiste à attribuer un symptôme existant à un accident n'existant pas. Cette simulation, dans le cas de fracture du bassin, peut paraître assez difficile. Pourtant, le docteur Remy a signalé à ce sujet un cas que nous reproduisons ci-dessous :

« Un blessé, envoyé par une Compagnie d'assurances au docteur Remy, prétendait avoir été serré entre une voiture et un fiacre, éprouver des douleurs dans le bassin et être incapable de marcher. On fit deux examens aux rayons X, qui ne montrèrent rien d'anormal. Un troisième examen eut lieu devant un expert, qui se rangea à l'opinion du docteur Remy. Le Tribunal, à la requête de l'ouvrier, décida qu'un dernier examen serait fait par trois experts. On reconnut qu'il n'y avait au bassin aucune des lésions dont se plaignait le blessé, mais que les membres inférieurs et supérieurs, ainsi que le thorax, étaient moins volumineux du côté gauche. Il semblait qu'il y eut une scoliose et de l'atrophie musculaire. Or, les trois experts étant placés devant le sujet tandis qu'il tournait le dos au docteur Remy, celui-ci vit qu'une des mains du soi-disant blessé ne présentait plus que deux doigts. L'ouvrier avait été victime d'un accident dans sa jeunesse et, comme il ne pouvait se servir de la main mutilée avec la même énergie qu'avec l'autre, tout le côté correspondant du corps avait subi une sorte d'atrophie. Au contraire, le côté opposé, chargé d'un surcroît de travail,

s'était développé d'autant. Voilà comment un infirme avait voulu profiter de l'atrophie de sa main, due à une circonstance antérieure et étrangère à l'accident actuel, pour tâcher de se faire attribuer une rente qui, du reste, ne lui fut pas allouée, une fois la réalité des faits connue: »

On a ensuite l'exagération des symptômes, surtout douloureux; elle est difficile à apprécier puisqu'on ne peut guère les mesurer. Cependant, au sujet de l'exagération qui pourrait persister après la guérison de la fracture, on peut rechercher le signe de Mankoff :

On demande au malade de préciser la zone douloureuse, on examine ensuite d'autres régions, puis on compte le pouls du malade. On presse vivement sur la région soi-disant hyperesthésiée. S'il y a réellement une douleur assez forte, le nombre des pulsations augmente de 20 à 30. On a également noté la dilatation de la pupille.

En Allemagne existent des établissements spéciaux dans plusieurs centres ouvriers (Bergmannheil, à Bochum; Königshütter, près de Berlin, etc.), et l'on y traite seulement les accidents du travail. Les cas de simulation d'infirmités qui étaient supérieurs à 20 % sont tombés dans ces centres à 4 %.

Accommodation. — « C'est le parti que tirent certains estropiés de leurs membres mutilés, en particulier pour les fractures du bassin, dont les suites paraissent interminables. » (Remy). Les deux cas du docteur Peugniez, d'Amiens, nous montrent que parfois les suites éloignées des fractures du bassin sont moindres qu'on aurait pu le croire pendant le traitement. Nous nous hâtons d'ajouter qu'à notre avis ces cas, surtout le deuxième, constituent presque des exceptions :

« 1° Un charpentier tombé du haut d'un cirque en construction fut atteint de fracture du bassin, compliquée de rupture de l'urèthre, suivie de rétention d'urine. Il fallut pratiquer des opérations graves (entre autres l'incision péri-

néale) pour chercher le bout postérieur de l'urèthre, qu'on ne trouva pas, puis ouvrir la vessie par la taille hypogastrique pour faire un catéthérisme rétrograde; néanmoins, la guérison fut radicalement obtenue en sept ou huit mois et le blessé put remplir les fonctions d'infirmier dans l'hôpital où il avait été soigné. Il fut suivi pendant deux ans.. »

« 2° Un professeur d'équitation était en selle lorsque son cheval pointa et se renversa sur lui. Conséquences : fracture du bassin avec déchirure de l'urèthre. Au bout d'un an, la victime était en état de monter à cheval. Actuellement, c'est-à-dire trois ans après l'accident, elle pratique l'équitation et le dressage. »

En France, on ne tient pas compte de l'accommodation en ce sens qu'elle ne suffit pas pour motiver l'abaissement du taux de l'incapacité. Mais il peut y avoir révision. Pour qu'une demande en révision soit justifiée, elle doit être basée sur une modification dans un sens favorable soit des lésions anatomiques, soit du trouble fonctionnel. Cette demande en révision de l'indemnité, fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité, est ouverte pendant trois ans à compter, soit de la date à laquelle cesse d'être due l'indemnité journalière, s'il n'y a pas eu attribution de rentes, soit de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision judiciaire.

CHAPITRE III

Appréciation du dommage causé.

Éléments de l'évacuation.

L'accident peut se terminer par la mort du blessé, par sa guérison complète ou par une infirmité quelconque qui va donner lieu, au moment de la consolidation, à une indemnité. Dans ce dernier cas, le médecin sera chargé d'établir le taux de l'incapacité permanente. Il se basera pour cela sur l'examen qu'il aura fait du blessé, en tenant compte pour son évaluation : des douleurs, de la gêne de la marche (due, pour Imbert, plutôt aux douleurs qu'à une véritable limitation des mouvements), des mouvements des articulations, de l'atrophie musculaire, enfin des complications directes de la fracture du bassin ou de celles relevant des lésions concomitantes. Selon qu'on envisage la question au point de vue droit commun ou accidents du travail, on tiendra ou non compte de la profession du sujet. Au point de vue accidents du travail, en Allemagne, on recherche si l'ouvrier peut conserver la profession qu'il exerçait. Si oui, ils évaluent simplement la diminution de capacité professionnelle (*Erwebsfähigkeit*). Sinon, ils apprécient alors la capacité générale de travail (*Arbeitsfähigkeit*). En France, il est de règle, pour évaluer le taux de l'incapacité, de se

baser uniquement sur l'incapacité générale de travail subie par l'ouvrier.

Nous allons maintenant relater une série d'observations dont quelques-unes ont déjà été publiées, mais dont la plus grande partie est inédite. Nous verrons ensuite quelles conséquences en tirer au point de vue médico-légal.

OBSERVATION I

Fracture complète et compliquée du bassin (Professeur LANDE
et Docteur LACOUTURE)

Société d'Anatomie et de Physiologie, 27 janvier 1908

Il s'agit d'un malade ayant subi un grand traumatisme du bassin par pression antero-postérieure. La fracture, complexe, consiste en déchirure de la symphyse pubienne, disjonction des articulations sacro-iliaques et trait de fracture partant de la crête pectinéale, s'irradiant à l'articulation coxo-fémorale et ouvrant le cotyle. Cette fracture s'était compliquée d'ouverture de la vessie exactement sur la ligne médiane. Cette plaie vésicale n'était pas produite par l'enfoncement d'un éclat osseux, mais était due au tiraillement des ligaments pubo-vésicaux (l'écartement des deux moitiés de la symphyse étant de 7 centimètres). C'était donc une déchirure de la vessie. Le rectum présentait une petite perforation. L'anse sigmoïde, dont on trouvait une partie sous la peau de la région inguinale présentait des lésions particulières. En certains points, l'intestin déchiré est réduit au volume d'une plume d'oie. Il semble lui aussi avoir été étiré. Dans le triangle de Scarpa, du côté opposé, à droite, on trouve, toujours sous la peau, un long morceau d'intestin grêle présentant les mêmes lésions que l'anse sigmoïde. Les vaisseaux iliaques externes (veine et artère) de chaque côté sont rompus. Les tuniques vasculaires sont étirées en bec de flûte du côté central. Leurs extrémités périphériques sont perdues dans une bouillie musculaire siégeant

à la racine de la cuisse, spécialement au niveau de l'attache des adducteurs. En ce point il existe à droite, comme à gauche, un foyer hémorragique très abondant. C'est probablement pas le bout périphérique des vaisseaux que s'est faite l'hémorragie qui a tué le malade après deux heures seulement.

OBSERVATION II

Fracture du bassin. Arthrite coxo-fémorale consécutive. Mort par septicémie. (Société d'Anatomie et de Physiologie, 10 avril 1908).

M. le Professeur P. Lande présente à la Société d'Anatomie le bassin d'un homme de cinquante ans qui tomba d'une hauteur de 7 mètres au cours de son travail et se fractura l'os coxal droit. Le blessé eut consécutivement une arthrite coxo-fémorale et mourut de septicémie cinq mois après l'accident dont il avait été victime. A l'autopsie, on constata l'existence d'une fracture consolidée de l'ilion et de la branche ischio-pubienne, tandis que la cavité cotyloïde présentait une large perte de substance.

OBSERVATION III

Contusion grave de l'abdomen avec hernie traumatique et fracture du bassin.

(LANDE et CHARBONNEL, *S. d'A. et de P.*, 15 novembre 1905)

Il s'agissait d'un ouvrier qui fut violemment comprimé, à trois heures de l'après-midi, entre un mur et une grosse voiture. La compression porta au niveau de la ceinture pelvienne et de l'hypogastre. Quand nous vîmes ce malade, à quatre heures, l'état de shock était très marqué et localement on constatait une grosse

hernie traumatique inguino-scrotale droite. A ce niveau et jusque dans le périnée la percussion dénotait de l'asonorité. L'abdomen était contracté et sensible à la pression sur toute son étendue. Enfin, on notait en plus les signes d'une *fracture du bassin* à droite de la symphyse pubienne et le *cathétérisme de l'urèthre* ramenait du sang pur. (Le malade n'avait pas uriné depuis deux heures quand arriva l'accident). L'intervention permit de trouver :

1° *Un éclatement de la paroi abdominale* et des grands droits dont les deux surfaces de section transversales étaient écartées de dix centimètres; le péritoine ouvert livrait passage à de l'épiplon et à du sang en grande quantité.

2° *Sur l'intestin grêle un éclatement* siégeant à deux centimètres environ au-dessus de l'abouchement du grêle dans le cœcum et qui est traité par résection et entero-anastomose terminale circulaire.

3° *Une déchirure du mésentère* qui est contus, noirâtre, saignant, désinsertion qui s'étend sur 1 m. 50 environ d'intestin et nous oblige à réséquer celui-ci jusqu'à environ deux centimètres de la valvule ileo-cœcale.

4° *Une déchirure intra-péritonéale de la vessie* sur cinq centimètres, que nous fermons par un double surjet. Enfin, le ventre est refermé et une sonde à demeure est placée dans la vessie. La malade va en s'affaiblissant et meurt vingt-quatre heures après l'intervention.

L'autopsie a montré que les entero anastomoses avaient bien tenu qu'il n'y avait plus d'hémopéritoine, mais la paroi inguino-abdominale était réduite en bouillie, et, à travers les fractures du pubis, on pouvait introduire la main dans le scrotum et jusque sous la peau du périnée. La paroi antérieure extra-péritonéale de la vessie n'existait pour ainsi dire plus. Enfin, ainsi que c'est l'habitude dans les fractures du bassin par pression antero-postérieure, il y avait une fracture verticale postérieure voisine de la symphyse sacroiliaque où l'on introduisait facilement la main.

OBSERVATION IV

Sur un grand traumatisme par une roue de charrette : fractures multiples des côtes; rupture du cœur; fracture du bassin.

(LANDE-BALARD, *Soc. d'Anatomie et de Physiologie*, 19 sept. 1910)

Il s'agit d'une femme victime d'un accident le 2 août 1910. Cette femme, âgée de 32 ans, fut renversée par une charrette dont la roue lui passa obliquement sur le côté gauche du corps, depuis la quatrième côte jusqu'au milieu de la cuisse. Transportée aussitôt à l'hôpital, assise dans une voiture, elle était, au moment de l'examen, très fortement shockée, froide et un peu cyanosée, répondant pourtant à quelques questions qui lui furent posées. Ventre souple et indolore. Pas de signe certain de fracture du bassin. On note plusieurs fractures des côtes. Son pouls est assez bon et bien régulier. Rien à l'auscultation du cœur. Signes de congestion hypostatique. Elle survécut environ une heure et demie à son traumatisme. Les dix dernières minutes seulement son pouls devint filiforme et intermittent, la cyanose et la dyspnée devinrent très manifestes et on put noter des convulsions limitées aux muscles de la face et tout particulièrement aux muscles des lèvres.

A l'autopsie, on constate une large ecchymose linéaire apparue seulement après la mort et balafrant le corps le long du flanc gauche et traversant le triangle de Scarpa. Après ouverture des parties molles, on trouve une fracture des troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième cartilages costaux gauches et une fracture oblique du bassin intéressant la cavité cotyloïde et passant à peu près par la ligne de séparation du pubis et de l'iléon.

Enfin, on constate que le péricarde et le cœur sont rupturés sur leur face postérieure. La plèvre pariétale gauche accolée au péricarde a également cédé et dans la cavité pleurale gauche on trouve 1.500 grammes de sang.

OBSERVATION V (*inédite*)

(LANDE et GAIGNEROT)

Omer R... était âgé de 17 ans le 27 août 1924, lorsqu'il fit une chute d'environ huit mètres de hauteur. Il se blessa à la hanche droite et au poignet droit.

Il présenta au poignet droit des signes d'une lésion assez sérieuse et, en effet, un examen radiographique montra qu'il existait une fracture de l'extrémité inférieure du radius avec pénétration des fragments et diastasis radio-cubital.

Sur la région trochantérienne droite, on constata tout d'abord des signes de fortes contusions (ecchymose, tuméfaction des parties molles) sans signes cliniques nets de fracture.

Le 16 octobre 1924, R... dit qu'il n'est resté alité que pendant cinq ou six jours après l'accident dont il a été victime et qu'il a commencé à se lever, bien que souffrant de la hanche et éprouvant de la gêne pour marcher. Mais, ajoute-t-il, cest la lésion de son poignet droit qui, dès le début, a surtout retenu l'attention. Ce poignet est en effet augmenté de volume et déformé. Les mouvements, le mouvement de supination en particulier, sont gênés, les muscles de l'avant-bras présentent un certain degré d'atrophie.

Bien que ce soit plus spécialement la lésion du poignet qui ait, le 16 octobre, motivé un examen médico-légal de R..., on constate à ce moment que le blessé boite quand il se présente pour cet examen. Interrogé à ce sujet, R... dit qu'il boite parce qu'il éprouve en marchant de la douleur au niveau de la hanche droite. il tient la cuisse en flexion légère sur le bassin et, aussi, en abduction très légère. La palpation au niveau de la branche ischio-pubienne, de même qu'un choc sur la région trochantérienne paraissent déterminer de la douleur. Un examen radiographique montre qu'il existe une fracture de l'os coxal au niveau du fond de la cavité avec léger enfoncement d'un fragment et, en outre, une fracture de la branche ischio-pubienne.

Le 19 novembre 1924, on constate, en ce qui concerne le poignet droit, une déformation marquée surtout sur la face antérieure du poignet et une légère limitation des mouvements; la force de la main est diminuée.

D'autre part, R... paraît être assez gêné pour marcher. Il dit qu'il souffre de la hanche et qu'il éprouve de la faiblesse du membre inférieur droit. Il est manifestement gêné pour se baisser, pour prendre la position accroupie; l'amplitude des divers mouvements de la cuisse sur le bassin est diminuée.

Il persiste de l'atrophie musculaire de la cuisse et de la fesse droites, un peu moins marquées cependant qu'au moment de l'examen médical.

Taux de l'incapacité permanente partielle évalué à 25 % (dont 18 % environ pour la fracture du bassin) avec consolidation à la date du 1^{er} décembre 1924.

Possibilités d'amélioration dans les délais de révision.

OBSERVATION VI (*inédite*)

(LANDE)

Etienne D..., 32 ans, manœuvre, a été pris et blessé entre un sac d'avoine et la roue d'un camion, le 16 septembre 1921.

Il a eu une plaie et un hématome du scrotum et un vaste hématome qui, intéressant la région sacro-lombaire, la région fessière gauche, le périnée et la cuisse gauche, a suppuré et a nécessité plusieurs incisions au niveau notamment de la racine de la cuisse. Il a eu aussi une contusion du coude gauche.

Examen en juillet 1922. La plaie du scrotum s'est cicatrisée dans de bonnes conditions. Il persiste à la partie antéro-externe de la racine de la cuisse gauche une grande cicatrice, adhérente par place, résultant de l'intervention chirurgicale.

La contusion du coude gauche a pour conséquence une légère

limitation des mouvements : la flexion et l'extension complètes de l'avant-bras sur le bras sont impossibles."

Le blessé se plaint de souffrir de la hanche et de la cuisse gauches, ainsi que de la région périnéale sur laquelle on sent, à la palpation, une légère saillie de consistance osseuse. Il y a une raideur assez marquée de l'articulation coxo-fémorale gauche et une légère atrophie musculaire de la cuisse.

Un examen radiographique montre l'existence d'une fracture de la branche ischio-pubienne, du côté gauche, fracture qui est passée inaperçue, au cours du traitement, en raison des hématomes très volumineux qui ont existé au niveau des bourses et au périnée, à la région sacro-lombaire, à la racine de la cuisse.

Taux global de l'incapacité permanente évalué à 20 %, la gêne fonctionnelle du coude gauche comptant pour à peu près 5 %. La consolidation a déjà été fixée à la date du 30 janvier 1922, soit 4 mois $\frac{1}{2}$ après l'accident.

OBSERVATION VII (*inédite*)

(LANDE)

Luc D..., âgé de 41 ans, manoeuvre, était occupé le 27 février 1922 à vider une fosse contenant des engrais lorsqu'il fut surpris par un éboulement et fortement contusionné à la hanche gauche. Il fut renversé et il tomba de telle sorte que le manche de la pelle dont il se servait le blessa aux organes génitaux.

Le 16 novembre 1912, il existe sur le scrotum une cicatrice souple, non adhérente, non douloureuse, résultant d'une plaie qui a été suturée.

D... ne boite pas mais il est obligé, affirme-t-il, de progresser à petits pas, sinon il souffre au niveau de l'articulation coxo-fémorale gauche. La région de la hanche gauche n'est ni déformée ni augmentée de volume, cependant le blessé déclare qu'il ressent dans la région trochantérienne, même au repos, des élancements

très pénibles et que lorsqu'il essaie de faire exécuter à sa cuisse gauche un mouvement de rotation il éprouve une vive douleur, en demi-ceinture, de la région inguinale gauche à la région sacro-coccygienne. Il n'y a pourtant pas de point particulièrement douloureux à la palpation sur toute cette région. L'amplitude des mouvements actifs et passifs de l'articulation coxo-fémorale est un peu diminuée. On perçoit à l'occasion des mouvements des craquements d'arthrite sèche; en outre, certains mouvements provoquent une sorte de gros craquement qu'expliquent les lésions ostéo-articulaires décelées par la radiographie.

Pas d'atrophie musculaire appréciable de la cuisse.

L'examen d'épreuves radiographiques montre qu'il y a eu un arrachement d'un fragment du rebord supérieur de la cavité cotyloïde et que sur la région voisine, c'est-à-dire au-dessus du rebord supérieur de la cavité cotyloïde, s'est développé un foyer d'ostéite.

Taux de l'incapacité permanente partielle évalué à 25 %.

La consolidation a déjà été fixé au 1^{er} octobre 1912. Examen en juin 1924. L'état du blessé s'est amélioré. On perçoit toujours le gros craquement précédemment signalé, mais l'amplitude des mouvements de l'articulation coxo-fémorale est moins gênée. D... se plaint de souffrir encore quand il se livre à quelque travail pénible.

Taux de l'incapacité évalué à 10 % seulement.

OBSERVATION VIII (*inédite*)

(PRINCETEAU ET LANDE)

André L..., âgé de 23 ans, ouvrier électricien, déclare qu'il est tombé de plusieurs mètres de hauteur, le 29 mai 1925, que dans sa chute il s'est blessé sur diverses parties du corps et qu'il a eu notamment une fracture du bassin (fracture de l'os iliaque gauche).

Le diagnostic clinique de M. le Professeur Princeteau lorsqu'il

RADIOGRAPHIE

due à l'obligeance de M. le Docteur Gaignerot.



Fracture de l'aile iliaque.

vit le blessé pour la première fois, deux mois environ après l'accident, fut : Luxation non réduite du premier cartilage costal droit; fracture de l'os iliaque gauche avec limitation des mouvements de l'articulation de la hanche gauche et douleurs irradiées sur le trajet du nerf sciatique.

Le 21 septembre, L... qui prétend avoir maigri de plusieurs kilogs depuis l'accident se plaint de souffrir de la région sterno-claviculaire droite à l'occasion principalement du mouvement d'élévation du bras. Il se plaint de souffrir aussi de la hanche gauche à l'occasion de la marche et, aussi, des changements de temps.

On constate l'existence, sur la paroi thoracique antérieure, d'une petite saillie qui résulte d'une luxation non réduite de l'extrémité interne du premier cartilage costal droit.

D'autre part, on constate une limitation assez importante des mouvements de la cuisse gauche sur le bassin et la mobilisation de l'articulation coxo-fémorale paraît déterminer de la douleur. On sent à la palpation, sur la crête iliaque, une saillie de consistance osseuse. L... se plaint d'être gêné pour se baisser et on remarque qu'il n'y a pas d'atrophie appréciable de la région fessière ou de la cuisse mais que les muscles fessiers font, au contraire, une légère voussure apparente surtout quand L... prend la position accroupie.

Un examen radiographique pratiqué le 16 octobre 1925 par M. le Docteur Gaignerot montra qu'il y avait eu une fracture verticale de la portion iliaque de l'os coxal, du côté gauche, avec fracture de la crête iliaque dont un fragment faisant saillie en dehors a été le point de départ du cal assez volumineux senti à la palpation. La fracture verticale de la portion iliaque s'est consolidée elle aussi avec un cal assez volumineux et la voussure ci-dessus mentionnée des muscles fessiers tient sans doute à ce que ces muscles sont soulevés par le cal, sur lequel ils ont tendus, ce qui gêne le blessé pour prendre la position accroupie.

Le 4 novembre, l'état du blessé n'a pas subi de modification appréciable.

Taux de l'incapacité permanente partielle évalué à 15 % au

total (10 % pour la fracture du bassin, 5 % pour la lésion de l'hémithorax gauche) avec consolidation à la date du 15 novembre 1925. Possibilité d'amélioration dans les délais de révision, tout au moins en ce qui concerne les phénomènes douloureux et la raideur de l'articulation coxo-fémorale.

OBSERVATION IX (*inédite*)

(LANDE ET MARIX)

V... Jean-Marie, âgé de 42 ans, muletier, a été trouvé mort sur une route le 4 mars 1922. Ses mules qui traînaient une charrette lourdement chargée avaient continué leur chemin. Un médecin, appelé à constater le décès, remarqua l'existence sur le pied droit d'une très petite plaie mais ne releva pas de traces de blessures susceptibles d'avoir pu déterminer la mort; dans ces conditions, la Compagnie d'assurances intéressée demanda l'autopsie afin de faire vérifier si V... avait succombé par suite d'accident dont il aurait été victime ou s'il était décédé de mort naturelle. L'autopsie fut en effet ordonnée mais quand l'ordonnance fut rendue il avait été déjà procédé à l'inhumation du cadavre.

Autopsie après exhumation le 11 avril 1922.

Aspect extérieur du cadavre. La putréfaction n'est pas très avancée; cependant, l'épiderme s'est détaché par lambeaux sur les membres, au moment du déshabillage du corps, de telle sorte que l'on ne trouve plus de traces nettes de la petite plaie du pied droit qui devait être très superficielle. Pas de traces extérieures de plaies ou de contusions sur les autres parties du corps.

Ouverture du corps. Pas de lésion de la tête ou du cou. Pas de lésion de la cage thoracique, des organes intra-thoraciques, des organes intra-abdominaux.

Abondante hémorragie interstitielle au niveau de la région inguinale droite et de la région iliaque. Fracture du bassin caractérisée par une fracture bilatérale et symétrique du pubis, une

fracture verticale de la portion iliaque de l'os coxal du côté gauche, une disjonction de l'articulation sacro-iliaque droite.

Cette lésion du bassin est manifestement due à un traumatisme très violent du bassin; elle peut avoir été produite par le passage sur le corps de la roue d'une charrette lourdement chargée ou par une chute d'une certaine hauteur. On ne voit pas, d'après le résultat de l'autopsie, que la mort puisse être attribuée à une autre cause que cette lésion traumatique.

Un résumé des deux observations suivantes a été donné par M. le Docteur Loubat, dans une communication à la Société d'Anatomie Clinique de Bordeaux, le 23 novembre 1925.

OBSERVATION X

Il s'agit d'une malade de 37 ans, victime d'un accident le 23 février 1925. Elle fut renversée par un tramway qui la comprima contre le sol. Elle a présenté une impotence fonctionnelle immédiate avec douleurs violentes dans le bassin et les jambes. Dans les heures qui ont suivi, la malade a pu uriner spontanément. Les urines étaient mélangées à du sang presque pur. C'est 18 heures après l'accident qu'elle a subi une première intervention, surtout en raison de la rétention d'urine qui s'était installée, la sonde ramenant du sang et des caillots. L'opérateur a fait une laparatomie médiane suspubienne. Il a constaté la présence d'un hématome dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, dans l'espace de Retzius. Après incision du péritoine, il a constaté qu'il n'existait aucune altération intestinale ou de la partie sous-péritonéale de la vessie. Il referma la paroi en laissant un drain dans la loge rétropubienne. Sonde vésicale à demeure. L'état général, très touché au début (phénomène de shock) se relève rapidement, mais au 8^e jour une fistule laissant couler du pus mélangé à de l'urine se forme au niveau de l'orifice de drainage. C'est à ce moment que la malade nous est confiée. Nous constatons la présence d'une fracture du bassin avec trait dans la région pubienne droite et probablement trait postérieur, car il existe

un raccourcissement marqué du membre inférieur sans fracture ni luxation du squelette. A cause de l'infection de la plaie nous différâmes une intervention jusqu'à ce que, par des lavages vésicaux et l'absorption d'urotropine, la plaie soit détergée et ne laisse couler que de l'urine propre. Deuxième intervention le 24 mars par le docteur Loubat. Laparotomie extrapéritonéale. Dissection de la fistule qui amène dans la vessie. On constate que cette dernière présente une grosse brèche au niveau de sa paroi antérieure, dans laquelle le fragment externe du pubis fracturé s'engage, si bien que la vessie étant incisée sur la ligne médiane, on constate qu'une grosse esquille adhérente au pubis atteint d'ostéite fait une forte saillie dans la cavité vésicale. Comme on ne peut réduire la fracture, on fait l'abrasion au ciseau et au maillet du fragment osseux qui proémine en arrière. Résection large jusqu'à ce que la vessie embrochée puisse être dégagée et suturée. On termine par une cystostomie. Les suites opératoires immédiates ont été assez simples. Mais la plaie suturée se désunit et cicatrise par deuxième intention. Il persiste une fistule urinaire hypogastrique qui ne guérit qu'après une troisième intervention chirurgicale. La malade avait dès le début présenté de volumineuses escares sacrées qui furent très longues à guérir. Nous ne pouvons commencer à faire tenir la malade debout et à la faire marcher que vers le 15 août, c'est-à-dire près de 6 mois après l'accident. La station debout et la marche ont été très pénibles au début, car le membre inférieur gauche se trouvait plus élevé que le droit de 5 centimètres et il y avait en plus des raideurs très marquées des articulations des deux hanches, des deux genoux, et de l'œdème des membres inférieurs. Peu à peu, ces symptômes se sont améliorés et actuellement (15 novembre 1925) la malade marche assez facilement avec une canne. Il y a claudication marquée à cause du raccourcissement de la jambe gauche. La flexion des deux hanches est très limitée et la malade ne peut faire aucun mouvement d'écartement des cuisses. Les mouvements du genou sont beaucoup plus libres et dépassent l'angle droit. L'appareil urinaire fonctionne normalement. Malgré tout, cette malade est encore une convalescente et ne pourra de longtemps

RADIOGRAPHIE

due à l'obligeance de M. le Professeur RÉCHOU.



On note aisément la déformation oblique du bassin
et on comprend aussi la difficulté et même l'impossibilité d'un accouchement ultérieur.

avoir une vie active. Il faudra attendre au moins trois mois encore pour que la malade puisse récupérer des forces et l'activité dans les limites compatibles avec les séquelles existantes.

Radiographie faite le 19 octobre 1925 par M. le professeur Réchou. Elle montre : 1° une fracture très irrégulière du pubis à deux travers de doigt à droite de la symphyse pubienne; 2° une disjonction de la symphyse sacro-iliaque droite. Le fragment postérieur de la fracture de la branche pubienne fait une saillie très marquée dans le bassin et du fait de la pénétration dans le bassin et de la déviation vers la droite de la symphyse pubienne, il résulte une déformation très marquée du détroit supérieur qui est oblique ovulaire avec grosse extrémité de l'ovale du côté gauche du bassin; la déviation est telle qu'elle constituerait une cause de dystocie grave en cas de grossesse. Si une estimation de l'invalidité définitive de cette malade était nécessaire, elle ne pourrait être inférieure à 80 %.

OBSERVATION XI

D... Joseph, 39 ans.

Fracture du bassin, opéré le 5 septembre 1923, le 27 septembre 1923, le 10 novembre 1923, le 2 février 1924.

Employé au camp de la Croix d'Inx. En manipulant de très lourds panneaux de bois a été renversé par l'un d'eux qui tombait d'une hauteur de deux mètres. A la suite de cet accident, D... a présenté une fracture verticale du bassin sans déplacement bien marqué et une rupture de l'urèthre membraneux manifestée par une rétention d'urine absolue avec impossibilité de catéthérisme. A la radio on notait fracture des branches pubiennes gauches en avant. En arrière, disjonction sacro-iliaque gauche avec chevauchement sur l'os iliaque.

Cinq heures après l'accident, cystostomie sous anesthésie locale, le malade très shocké ne pouvant supporter une intervention plus complète. Le 27 septembre, sous rachi-anesthésie, on pratique la suture de l'urèthre membraneux, le bout postérieur n'ayant pu

être retrouvé qu'après catéthérisme rétrograde. Sonde à demeure. La cystostomie est maintenue. Mais le malade arrache involontairement sa sonde au bout du sixième jour et le catéthérisme essayé le lendemain est impossible. Réfection de la suture de l'urèthre le 10 novembre sous rachi-anesthésie. La sonde uréthrale reste bien en place et les suites sont excellentes. Au bout d'un mois on supprime la sonde hypogastrique, mais la cystostomie ne s'oblitére que très lentement et le 2 février 1924, sous anesthésie locale cette fistule doit être fermée. Le malade ne peut se relever qu'à partir du 20 février, c'est-à-dire cinq mois et demi après l'accident. La marche est très pénible, les articulations étant le siège de raideurs articulaires qui se dissipent assez vite. Un mois après, le malade peut quitter l'hôpital. Depuis il a retrouvé en grande partie ses forces et sa souplesse. Du côté de l'urèthre, le rétrécissement traumatique a dû être traité régulièrement par la dilatation qui a permis d'introduire la bougie n° 24. Le médecin traitant, le docteur E. Dubarry, a continué pendant quelques temps cette dilatation, mais n'a pas revu le malade depuis 6 mois environ. Le docteur Loubat l'examine le 23 novembre 1925. Etat actuel : Après expertise, le tribunal fixe le degré d'incapacité permanente partielle à 47,5 %, à cause surtout de la nécessité pour le malade de recourir toute sa vie à la dilataion uréthrale. Actuellement, c'est lui-même qui, tous les 15 jours environ, introduit la sonde n° 21 qu'il laisse en place une heure. Grâce à cette précaution la fonction urinaire reste normale.

Du côté du bassin, il n'y a plus que des phénomènes douloureux intermittents, survenant surtout après la fatigue de la station debout, de la marche, siégeant en deux points fixes, l'un sur la région inguinale gauche, l'autre sur la région sacro-iliaque du même côté avec irradiations dans la cuisse. Les articulations ont retrouvé leur souplesse, cependant le malade ne peut rester longtemps en position accroupie. Pendant longtemps d'ailleurs, il n'a pu se mettre dans cette position. Les deux membres ne sont pas de la même longueur. Il y a un centimètre de plus à gauche. Le malade traîne un peu la jambe gauche, mais il ne

boite pas. Donc, pour ce malade, consolidation chirurgicale six mois après l'accident, consolidation juridique, onze mois après l'accident et reprise du travail, mais sans avoir une bien grande activité car la marche et la station debout sont pénibles.

OBSERVATION XII

M. H..., 35 ans, électricien. Chute d'une échelle.

Fracture du bassin (os iliaque droit, branche horizontale du pubis et hanche ischio-pubienne). Pas de lésion vésicale. Incapacité temporaire : quatre mois.

Guérison complète.

OBSERVATION XIII

J... Emile, maçon.

Tombé le 19 août d'un échafaudage. Fracture du bassin (branche horizontale du pubis et branche ischio-pubienne). Pas de lésions vésicales, mais fracture du radius. Soigné à l'hôpital Bel-Air. Guéri sans complications. Période d'incapacité temporaire : quatre mois.

Incapacité permanente partielle de 30 % en raison de la fracture de l'avant-bras.

OBSERVATION XIV

R... Ismaël, bûcheron. Le 4 mars 1925, tombe d'un arbre et se fracture l'os iliaque droit parallèlement à l'articulation sacro-iliaque. Traité salle 18 chez le professeur Chavannaz. Pas de complications viscérales.

Période d'incapacité temporaire : trois mois.

Le blessé conserve de son accident un raccourcissement de 3 centimètres qui donne claudication.

Incapacité permanente partielle, 10 %.

OBSERVATION XV

Le M..., charretier, 30 ans (personnelle).

Serré entre un camion automobile et un mur. Fracture de l'os iliaque gauche et du pubis. Pas de complications viscérales. Un mois au repos complet. Deux mois de repos relatif. Actuellement, pas de claudication, pas de raccourcissement, pas de limitation des mouvements. Pas d'atrophie musculaire. Le malade se plaint seulement d'une perte des forces dans le côté gauche.

Période d'incapacité temporaire : trois mois.

Incapacité permanente partielle : 0 %.

OBSERVATION XVI

S... Camille, 53 ans, manœuvre.

Le 26 janvier 1923 est tamponné entre deux wagons. Fracture de la branche transversale du pubis et de la branche ischio-pubienne. Hémorragie ayant envahi la cavité abdominale et s'étendant sur le tiers supérieur de la racine du membre inférieur droit et dans le scrotum. Soigné à Bel-Air dans le service du docteur Lefèvre. A présenté des signes de compression intestinale. Consolidation le 15 juillet 1923, donc environ six mois après l'accident. Incapacité permanente partielle de 60 %. Décédé en 1924 de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XVII

D... Elie. Salle 17, n° 2994. Service du professeur Begouin (personnelle). 48 ans.

Manœuvre. A Hourtin, fin février 1924, tombe sous une locomotive routière qui lui passe sur la partie inférieure du corps. Transporté sans connaissance à l'hôpital Saint-André, à Bordeaux, dans le service du professeur Begouin, où l'on constate fracture du bassin (branches du pubis et os iliaque droit), fracture des

deux jambes, rupture de l'urèthre et désinsection de l'anus. Opéré le 2 mars 1924, plâtré le 3 octobre 1924, opéré une seconde fois le 16 janvier 1925, le malade meurt le 30 août 1925 de septicémie.

OBSERVATION XVIII

(GUILLOUX ET JOSSE)

R... P..., 63 ans, cultivateur.

Le 26 février 1925, R... était occupé à couper un arbre, quand celui-ci s'abattit sur lui. Perte de connaissance. Le blessé est relevé en état de shock violent, les extrémités complètement refroidies. Le docteur Guilloux, appelé, constate fracture de l'os iliaque gauche. Pas de lésions viscérales. Le blessé reste six semaines au lit, commence à se lever dans le courant d'avril et à marcher à l'aide d'une canne. Le 25 septembre 1925, nous examinons le malade et constatons que celui-ci ne peut encore marcher sans bâton. Il traîne la jambe gauche et porte le bout du corps courbé en avant. Le redressement du buste est impossible. Les mouvements de la cuisse (adduction, flexion, etc...) sont très réduits. Un peu d'atrophie musculaire. Raccourcissement trois centimètres. Claudication. Période d'incapacité temporaire : six mois. M. le docteur Guilloux a conclu une indemnité permanente partielle de 50 %.

OBSERVATION XIX

(GUILLOUX)

Q..., cultivateur.

Blessé par la chute d'un arbre qui s'abat sur lui. Pas de perte de connaissance. Le malade ne peut se relever lui-même, fut transporté chez lui par des amis. Le docteur Guilloux appelé,

constate fracture du pubis (branche horizontale). Pas de complications. Immobilité au lit pendant 50 jours. Un mois après que le malade se fut levé pour la première fois, guérison complète. Période d'incapacité temporaire : 3 mois. Incapacité permanente : 0 %.

OBSERVATION XX

(GUILLOUX)

O... R..., cultivateur.

Déchargeait une charrette quand celle-ci, basculant, le comprime contre le sol. Shock intense. Perte de connaissance. Dégagé, l'homme est conduit dans une brouette chez lui où le docteur Guilloux constate fracture des branches pubiennes avec déchirure de l'urètre. Le malade reste environ deux mois au lit, puis marche avec une canne pendant un mois environ. Actuellement, pas de limitation ni gêne des mouvements. Pas de raccourcissement. Guérison. Incapacité permanente partielle : 0 %.

OBSERVATION XXI

(DESHAYES)

Pierre-Marie V..., 67 ans, terrassier. Mûr de Bretagne.

Vers 17 heures était occupé à creuser les fondations d'une maison, lorsqu'un éboulement se produit. Retiré sans connaissance après quelques minutes. Le docteur Deshayes, appelé, constate fractures multiples de l'os iliaque droit et du col du fémur droit. Contusions internes. Le blessé meurt environ trois quarts d'heure après, vraisemblablement par hémorragie des gros vaisseaux abdominaux.

OBSERVATION XXII

(DESHAYES)

Jean-Marie Le N..., 3-10-20, 37 ans, porteur.

Est pris entre un mur et un camion automobile qui reculait et l'a serré. Le blessé ne perd pas connaissance, est transporté chez lui où le docteur Deshayes appelé, constate fracture de l'os iliaque à droite, au niveau de l'articulation coxo-fémorale. Pas de complications viscérales. Le blessé est mis au repos absolu pendant trois semaines. Repos relatif : deux mois.

Le blessé a conservé des douleurs persistantes dans la région traumatisée, d'origine névritique, a conservé un peu de raideur du membre inférieur droit, avec légère claudication et un peu d'atrophie musculaire.

A obtenu une indemnité de 15 %.

Actuellement, cet homme paraît ne plus se ressentir de son accident si ce n'est très légère claudication.

Est maintenant vendeur de journaux.

Durée de l'incapacité temporaire : 3 mois. Incapacité partielle permanente : 15 %.

OBSERVATION XXIII

I. F..., camionneur.

Le 20 avril 1925 est serré entre une camionnette automobile et le brancard de sa voiture. Fracture de la crête iliaque gauche avec légère contusion abdominale. Pas de lésion viscérale. Durée de l'incapacité temporaire : trois mois. Pas d'incapacité permanente.

Que déduire de cette série d'observations ? D'abord que la plupart des fractures du bassin sont produites au cours

du travail, puisque sur vingt-trois observations nous relevons vingt et un accidents du travail et seulement deux accidents relevant du droit commun.

Sur ces vingt-trois cas, nous relevons la proportion suivante des diverses variétés de fractures du bassin :

Dix cas de fractures complexes. — Dans deux cas, on a obtenu une guérison complète après seulement quatre mois d'incapacité temporaire. Dans six cas on a eu des lésions graves consécutives ou coexistantes avec la fracture du bassin et qui ont emporté le malade (deux sont morts par hémorragie, un par rupture du cœur, deux de septicémie, le dernier par lésions graves des organes contenus dans le bassin : vessie, intestin). Les deux autres blessés n'obtinrent qu'une guérison incomplète et conservèrent de leur accident des séquelles: rétrécissement de l'urèthre chez l'un (observation 11), ankylose des deux hanches et raccourcissement marqué chez l'autre (obs. 10). La consolidation n'eut lieu que onze mois après l'accident, et l'incapacité fut évaluée à 47,5 % chez le premier blessé. Pour l'autre, on avait affaire à un accident de droit commun. Le docteur Loubat, qui avait traité le malade (obs. 10) évaluait l'incapacité à 80 %.

Cinq cas de fracture de l'os iliaque. — Avec dans un cas (obs. 8) luxation du premier cartilage costal droit (incapacité temporaire cinq mois, permanente, 15 %); dans un autre cas (obs. 21) une fracture du col du fémur et mort du blessé. — Une guérison complète (obs. 23). — Une fracture simple de l'os iliaque (obs. 18) mais survenue chez un homme âgé et l'ayant laissé demi infirme; la consolidation mit six mois à se faire et le taux de l'incapacité permanente partielle fut évalué à 50 %. — Un cas suivi de raccourcissement de trois centimètres (obs. 14) avec incapacité temporaire de trois mois et 10 % d'indemnité.

Cinq cas de fractures du pubis dont une guérison (obs. 13) après quatre mois d'incapacité temporaire et indemnité

de 30 % en raison d'une fracture de l'avant-bras. — Un cas de guérison complète après trois mois d'incapacité temporaire (obs. 19). — Un cas où la fracture (obs. 6) coexistait avec un vaste hématome qui suppura, et une contusion du coude gauche. L'incapacité temporaire fut de quatre mois et demi et le taux de l'incapacité évalué à 20 %. — Un cas (obs. 20) accompagné de déchirure de l'urèthre qui guérit après trois mois et ne donna lieu à aucune indemnité. — Dans le dernier cas (obs. 21) le blessé eut une hémorragie grave. L'incapacité temporaire dura six mois. Le taux de l'incapacité permanente fut de 60 %. Le malade succomba quelque temps après de la tuberculose.

Trois fractures de la cavité cotyloïde. — Dans le premier cas (obs. 6) elle fut accompagnée de fracture de la branche ischiopubienne et de l'extrémité inférieure du radius. Trois mois d'incapacité temporaire. Taux de l'incapacité permanente: 25 %. — Le deuxième malade (obs. 7) fit un foyer d'ostéite : sept mois et demi d'incapacité temporaire. Incapacité permanente : 25 %. Révision deux ans après, abaissement de l'incapacité permanente à 10 %. — Dans le dernier cas (obs. 22) incapacité temporaire de trois mois, taux de l'incapacité permanente : 15 %.

MM. Imbert, Oddo et Chavernac, sur trente-trois fractures du bassin, avaient relevé :

Onze fractures doubles verticales. — Cinq fractures de la cavité cotyloïde dont l'évaluation varie de 15 à 35 %, réserve faite des autres lésions. — Six fractures de la branche horizontale du pubis. L'évaluation de l'indemnité varia de 10 à 15 %, sauf dans deux cas, où elle fut de 50 à 60 %, à cause des troubles urinaires. — Deux cas de disjonction pubienne. — Quatre fractures de la branche ischio-pubienne. — Les autres fractures étaient des fractures de l'aile iliaque, dont l'évaluation fut de 10 à 15 %.

Par ces chiffres, on voit que les fractures multiples de l'anneau pelvien sont les plus fréquentes et les plus graves.

Lorsque le blessé survit, il conserve, dans la plupart des cas, des séquelles qui, en raison de la gêne fonctionnelle qu'elles entraînent, donnent lieu à une indemnité élevée, puisqu'elle varie entre 47,5 et 80 %

Comment les différents auteurs ont-ils évalué l'incapacité de travail résultant de ces séquelles ? Dans les cas d'articulation folle de la hanche, le professeur Lande (cours de 5^e année) propose 70 %.

S'il y a raccourcissement, Remy admet 5 % lorsque celui-ci ne dépasse pas deux centimètres; 10 à 15 % lorsqu'il dépasse deux centimètres; 15 à 30 %, quand il dépasse cinq centimètres, ce qui n'arrive presque jamais dans les fractures du bassin. Brouardel donne un taux variant de 20 à 45 % avec maximum de 45 % pour les professions où les membres inférieurs travaillent surtout. Imbert trouve cela exagéré et donne un taux de 5 à 15 %.

Pour notre part, nous pensons qu'un raccourcissement de deux centimètres ne doit pas donner lieu à une indemnité si minime soit-elle, car une très légère déviation du bassin suffit pour la corriger. Ollive et Le Meignen disent d'ailleurs que chez un sujet normal un raccourcissement de un centimètre n'est pas rare.

Quant à l'ankylose, elle est évaluée selon qu'elle s'est effectuée en bonne ou mauvaise position. La bonne position est la rectitude du membre, sans flexion ni adduction, ni abduction, ni rotation, ce qui ne nuit guère à la marche, mais est très ennuyeux pour le blessé lorsqu'il s'agit de prendre la position assise ou accroupie. La moyenne du taux de l'incapacité permanente est de 30 à 40 %. S'il y a double ankylose, Imbert estime que le blessé est atteint d'incapacité absolue. L'ankylose en mauvaise position peut se faire dans différents sens. L'ankylose en adduction chez la femme est une gêne considérable pour l'accomplissement des fonctions urinaires et sexuelles. Il est évident que, dans toutes ces mauvaises positions, une certaine courbure de compensation dans la colonne vertébrale peut établir un parallélisme

relatif des membres inférieurs. Les taux d'incapacité varient dans tous ces cas entre 40 et 70 %. Le *Wiener Schema* admet 58 % pour l'ankylose en extension, 50 à 75 % pour l'ankylose en flexion. Si aucune correction n'est possible, on peut aller jusqu'au taux de 80 % et davantage. Brouardel avait classé les ouvriers en quatre classes, d'après leur profession, et avait établi pour l'ankylose la table :

	Journaliers	Ouvriers se servant surtout du membre inférieur	Du membre supérieur	Ouvriers d'art
Ankylose complète ..	30 à 45 %	60 à 80 %	30 à 45 %	30 à 45 %
Ankylose incomplète .	10 à 30 %	40 à 60 %	10 à 30 %	10 à 30 %

L'atrophie musculaire ne doit être indemnisée que lorsqu'elle est assez considérable, et encore, dans ce cas, le degré d'invalidité est-il minime.

La douleur est, nous l'avons dit plus haut, si difficile à apprécier et si variable selon les tempéraments des individus, qu'il est très délicat de l'évaluer lors de la fixation du taux de l'indemnité.

Les lésions compliquant les fractures du bassin seront naturellement indemnisées suivant l'importance des séquelles qu'elles laisseront, et parfois c'est à elles que sera due la majeure partie de l'invalidité. Par exemple, dans une des observations reproduites (obs. 11) le malade avait un rétrécissement de l'urèthre consécutif à sa fracture. Il obtint une indemnité de 47,5 % et cela en grande raison à cause de ce rétrécissement.

Enfin, pour terminer, nous pouvons dresser un tableau des incapacités dans le cas de fracture du bassin :

FRACTURES PARTIELLES

	ILION	CAVITÉ COTYLOÏDE	ISCHION	PUBIS
Date de la consolidation	3 à 4 mois après l'accident	5 à 6 mois	4 mois	4 mois
Taux de l'incapacité permanente	0 % à 10 %	sans ankylose : 5 à 10 % avec ankylose (voir ci-dessous)	0 à 10 %	0 à 10 %

FRACTURES COMPLEXES

Date de consolidation : dix à douze mois

Taux de l'incapacité permanente selon la gravité des séquelles :	Cal défectueux, cause de douleurs ou de gêne : 10 à 15 %.	
	Raccourcissement	$\left\{ \begin{array}{l} \text{au-dessous de 2 centimètres : 0 \%} \\ 2 \text{ à } 5 \text{ centimètres : } 10 \text{ à } 15 \% \\ \text{plus de 5 centimètres : } 15 \text{ à } 40 \% \end{array} \right.$
	Ankylose	$\left\{ \begin{array}{l} \text{en bonne position : } 50 \% \\ \text{en position défectueuse : } 65 \text{ à } 70 \% \\ \text{des deux hanches : incapacité absolue} \end{array} \right.$
	Articulation ballante de la hanche : 70 %.	
	Atrophie musculaire prononcée : 15 à 20 %.	
	Retrécissement de l'urèthre consécutif à la fracture	$\left\{ \begin{array}{l} 25 \text{ à } 30 \% \text{ s'il est facilement dilatable} \\ 30 \text{ à } 40 \% \text{ s'il est difficilement dilatable} \end{array} \right.$

Nous rappellerons à ce sujet que les raccourcissements supérieurs à trois ou quatre centimètres n'existent guère dans le cas de fracture du bassin.

CONCLUSIONS

Les fractures du bassin, à en juger par les observations inédites que nous avons pu recueillir, résultent surtout d'accidents du travail.

On les observe plus particulièrement chez l'homme, comme conséquence de grands traumatismes tels que : chute d'un lieu élevé, tamponnement, écrasement. Il s'agit de lésions parcellaires d'un os coxal, d'une lésion isolée portant sur la cavité cotyloïde, la branche ischiopubienne, la portion iliaque, etc., ou, au contraire, d'une lésion complexe, d'un fracas du bassin dont le type est la fracture double verticale. Cette dernière fracture, si elle est la plus intéressante au point de vue chirurgical, est aussi la plus grave, à cause, non seulement des lésions osseuses elles-mêmes, mais encore des lésions de la cavité pelvienne qui, fréquemment, les accompagnent. L'examen radiographique est le complément toujours utile, souvent indispensable, de l'exploration clinique.

La nature et l'importance du traumatisme causal font que souvent des lésions à distance (lésions des membres inférieurs, par exemple) coexistent avec la fracture du bassin et viennent ajouter leurs effets à ceux de cette dernière.

Dans les cas de traumatismes graves du bassin, la mort est parfois immédiate (shock, hémorragie) ou rapide (péritonite). En cas de survie, la durée de la période d'incapacité totale de travail varie avec l'importance des lésions internes

qui accompagnent les désordres osseux (durée de dix à douze mois en moyenne) et le taux de l'incapacité permanente peut être relativement élevé. Il faut, d'ailleurs, compter avec la possibilité de complications infectieuses (suppuration consécutive aux lésions vésicales, arthrite coxo-fémorale suppurée, etc.) susceptibles de retarder la date de la consolidation et de prendre à un moment donné une gravité telle que la mort peut survenir tardivement de leur fait.

En cas de fracture isolée du bassin, la gêne fonctionnelle qui persiste est rarement très importante (10 à 15 %). Elle est parfois pratiquement nulle si la cavité cotyloïde n'a pas été intéressée. Lorsque l'invalidité aura été basée sur l'existence de raideurs articulaires, d'atrophie musculaire, de phénomènes douloureux, il arrivera maintes fois, en matière d'accidents du travail, que la révision dans les délais légaux permettra d'abaisser le taux de l'incapacité.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président :

LANDE.

VU :

Le Doyen :

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 Décembre 1925

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

Index Bibliographique

- BÉGOUIN, BOURGEOIS, Pierre DUVAL, GOSSET, JEANBREAU, LECÈNE, LENORMANT, PROUST, TIXIER. — Précis de pathologie chirurgicale (Paris, Masson et C^{ie}, 1920).
- BROUARDEL Georges. — Les accidents du travail. *Guide du médecin*. (Paris, J.-B. Baillière, 1906).
- BROUARDEL (P.). — Les blessures et les accidents du travail (Paris, J.-B. Baillière, 1906).
- FORGUE Emile. — Précis de pathologie externe (Paris, Doin 1903).
- FORGUE Emile et JEANBREAU. — *Guide pratique du médecin dans les accidents du travail. Leurs suites médicales et judiciaires* (Paris, Masson 1909).
- GUERMONPREZ. — Etudes sur la chirurgie des accidents du travail. (Paris, Doin et Bousset 1902).
- IMBERT L., ODDO C., CHAVERNAC P. — Accidents du travail. Guide pour l'évaluation des incapacités. (Paris, Masson, 1913).
- FAURE, OMBRÉDANNE. ALCLAVE, DESMARET, MATHIEU, OKINCZYK, SCHWARTZ. — Pathologie externe (Paris, J.-B. Baillière, 1916).
- LANDE. — Fracture du bassin. Arthrite coxo-fémorale consécutive. Mort par septicémie. *Société d'Anatomie et de Physiologie* (Bordeaux, 10 février 1908).
- LANDE et BALARD. — Sur un grand traumatisme par une roue de charrette; fractures multiples de côtes; rupture du cœur; fracture du bassin. *Société d'Anatomie et de Physiologie* (Bordeaux, 19 sept. 1910).

- LANDE et CHARBONNEL. — Contusion grave de l'abdomen avec hernie traumatique et fracture du bassin. *Société d'Anatomie et de Physiologie* (Bordeaux, 15 novembre 1909).
- LANDE et LACOUTURE. — Fracture complète et compliquée du bassin. *Société d'Anatomie et de Physiologie* (Bordeaux, 27 janvier 1908).
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie. (Paris, J.-B. Baillière, 1913).
- OLLIVE G. et LE MEIGNEN H. — Traité médico-chirurgical des accidents du travail avec la collaboration de E. Aubineau (Paris, J.-B. Baillière, 1914).
- OLLIVE G. et LE MEIGNEN H. — Les accidents du travail. Médecine légale. Jurisprudence (Paris, F.-A. de Budeval 1904)
- RECLUS P., E. KIRMISSON, J.-J. PEYROT, G. BOUILLY. — *Manuel de pathologie externe* (Paris, Masson 1899).
- REMY. — Cours de chirurgie et de médecine légale sur les accidents du travail régis par les lois françaises du 9 avril 1898, 30 juin 1899 et 23 mars 1902 (Paris, Bureau de recueil des accidents du travail, 1902).
- BECKER. — Les accidents du travail. *Guide du médecin expert*. Traduit par L. Gallez et C. Moreau (Bruxelles, Larmertin 1903).
- Tableau synoptique des divers barèmes à appliquer aux infirmes et malades de la guerre 1914-1919. (Paris, Henri-Charles Lavauzelle, 1921).
-

